ПОКВАРТАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ**Для получающих денежную помощь и талоны на питание**

МЕСЯЦ, К КОТОРОМУ ОТНОСИТСЯ ЭТОТ ОТЧЕТ :

ЗАПОЛНИТЕ, ПОДПИШИТЕ И ВЕРНИТЕ ЭТУ ФОРМУ К 5-МУ ЧИСЛУ МЕСЯЦА, СЛЕДУЮЩЕГО ЗА ОТЧЕТНЫМ МЕСЯЦЕМ.

(Электронный штрих-код)

ИМЯ ДЕЛА:
НОМЕР ДЕЛА:
НОМЕР ФАЙЛА/ГРУППЫ:
ТЕЛЕФОН РАБОТНИКА:

НУЖДАЕТСЯ В ПОМОЩИ? ПОЗВОНИТЕ РАБОТНИКУ, ВЕДУЩЕМУ ВАШЕ ДЕЛО

ОБРАТНЫЙ АДРЕС:

АДРЕСАТ:

- ✓ **Вы должны сообщать обо всех доходах, полученных за отчетный месяц _____ (указать месяц) к 5му числу следующего за ним месяца.**
- ✓ Если вы не отправите к сроку заполненный отчет CW7, включающий, но не ограниченный только такими требованиями, как обязательные ответы на все пункты и приложение всех требуемых документов, то получаемые вами пособия могут быть задержаны, изменены или остановлены. **В случае, если вам недостаточно места для изложения информации приложите к отчету дополнительный лист бумаги.** На основании предоставленной вами информации ваше пособие может увеличиться, уменьшиться или быть прекращено.
- ✓ Если вы получаете пособие CalWORKs или талоны на питание, вы должны сообщать в округ обо всех изменениях, которые могут повлиять на ваше право на получение пособий или на их размер, в течение **10 дней** с того момента, когда они произошли. **В течение подотчетного квартала вы должны сразу же информировать работника ведущего ваше дело, в случае, если размер получаемого вами дохода превысит сумму в \$ _____ в расчете на количество получающих пособие в вашей семье, равное _____. Для получающих пособие GR - вы должны сообщать об изменениях в течение 5 дней.**
- ✓ Если вы получаете талоны на питание, сообщайте об всех членах вашей семьи, проживающих с вами. Если вы не получаете талонов на питание, то сообщайте обо всех, кто получает денежную помощь, включая детей, родителей, мачеху или отчима, вашего супруга/супругу и членов семьи, временно отсутствующих в доме.

Запрос на прекращение получения пособия (Если вы заполните эту графу, то подпишите и проставьте дату на обратной стороне этой формы..Вы можете вновь подать заявление на пособие в любое время.)Я прошу, чтобы мое: Денежное пособие Талоны на питание Льготы по Medi-Cal Программа CMSP штата были прекращены в последний день : _____
месяц/год**Часть 1: Что произошло ЗА отчетный месяц?****1. Получил ли кто-нибудь доход от работы, программы обучения или других источников?** **ДА** **НЕТ**

Если "ДА", укажите ниже весь доход и приложите корешки платежных чеков или другие подтверждающие документы.

Кто получил доход?	Источник дохода	Общая сумма	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					
		Количество отработанных часов/часов обучения					
Кто получил доход?	Источник дохода	Общая сумма	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					
		Количество отработанных часов/часов обучения					

2. Оплачивал ли кто-либо из получающих пособие уход за детьми, инвалидами или другими лицами, находящимися на иждивении, чтобы иметь возможность посещать занятия, работать или искать работу? **ДА** **НЕТ**

Если "ДА", то приложите подтверждение и заполните графу ниже.

Имя лица, получившего услуги по уходу	Стоимость \$	Имя лица, получившего услуги по уходу	Стоимость \$

3. Заплатил ли кто-либо, кто получает талоны на питание, алименты на ребенка/супругу, назначенные судом? **ДА** **НЕТ**

Если "ДА", укажите сумму, которую оплатили и приложите подтверждение.

Имя лица, заплатившего алименты	Стоимость \$	Имя лица, заплатившего алименты	Стоимость \$

Часть 2: Что произошло ПОСЛЕ отправки вашего последнего поквартального отчета?**4. Переехал ли кто-либо из вашего дома или съехался с вами, или же вы переехали к кому-нибудь?** **ДА** **НЕТ**

Если "ДА", то заполните графу ниже.

Полное имя лица	Кем вам приходится	Объясните, что изменилось/произошло	Дата, когда это произошло

5. Купил ли кто-либо из семьи или продал, отдал, получил какую-либо собственность? **ДА** **НЕТ**

Кто владеет или кто лишился собственности?	Вид собственности	Стоимость \$

COUNTY USE ONLY

EW Initials:

CHANGE ()

NO CHANGE ()

Date:

REPORT WELFARE FRAUD
CALL HOTLINE (800) 349-9970

«ИНФОРМАЦИЯ О ВАС ОСТАНЕТСЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ»

QR 7 (REV 07/07LA) QUARTERLY ELIGIBILITY/STATUS REPORT RUSSIAN- REQUIRED FORM SUBSTITUTE PERMITTED

6. Был ли кто-либо из вашей семьи обвинен в хранении, употреблении или распространении наркотических веществ, или скрывается от правосудия с целью избежать задержания или судебного разбирательства и вынесения приговора за совершенное преступление, или же нарушил условия испытательного срока или залога/поручительства?
 Если обвинен в преступлении, связанном с наркотиками, сообщите дату, когда было вынесено обвинение.

ДА НЕТ

Если "ДА", то кто? _____ Дата обвинения _____

7. Произошло ли что-либо из нижеперечисленного с кем-либо из вашей семьи?

ДА НЕТ

Если "ДА", сообщите об этом ниже. В случае необходимости приложите дополнительный лист бумаги.

- Женились, развелись, разошлись?
- Забеременели, родился ребенок, случился аборт или выкидыш?
- Получили инвалидность, инвалидность прекращена, выздоровели после серьезного заболевания?
- Изменения в гражданском или иммиграционном статусе, получили новое удостоверение или письмо из Службы Иммиграции (USCIS)?
- Изменили, перестали или начали получать льготы по медицинскому, стоматологическому страхованию или страхованию жизни, включая страхование по программе MEDICARE?
- Студент 16 лет и старше начал или перестал посещать школу или колледж. Вы можете заявить о расходах на обучение, транспортных расходах и т.д.
- Начали или перестали работать, отказались от работы или практических занятий, количество часов работы или обучения уменьшилось или увеличилось, приняли участие в забастовке?
- Начали или прекратили получать помощь по программе услуг на дому (In-Home Supportive Services)?
- **Только для получающих денежное пособие:** Ребенок/дети в возрасте 6-17 лет перестали или начали регулярно посещать школу.

Имя лица/лиц	Кем вам приходится	Что изменилось?	Сумма	Дата изменений
			\$	

Часть 3: Какие изменения вы ОЖИДАЕТЕ в последующие три месяца?

8. Ожидаете ли вы изменений в доходах или расходах (не считая квартплаты и коммунальных услуг) в последующие три месяца?

ДА НЕТ

Если "ДА", то заполните графу ниже и приложите подтверждающие документы.

Имя лица	Источник дохода или вид расходов	По какой причине могут быть изменения?	Какую сумму в целом вы рассчитываете получить в каждый из последующих трех месяцев?		
			1-й месяц	2-й месяц	3-й месяц

ПЕРЕМЕНА АДРЕСА

Заполните эту графу **ТОЛЬКО** если вы переехали или ваш почтовый адрес поменялся.

НОВЫЙ домашний адрес				Новый телефон ()
Номер дома, улица	Город	Штат	Почтовый индекс	
НОВЫЙ почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса)				Дата переезда
Номер дома, улица	Город	Штат	Почтовый индекс	

Увеличились или уменьшились ваши квартплата и плата за коммунальные услуги в результате переезда? ДА НЕТ
 Объясните: _____ Сумма \$ _____

СВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

Я ПОНИМАЮ, ЧТО: Если я сознательно скрою факты или сообщу ложную информацию о моих доходах, собственности, семейном положении с целью получения или продолжения получения пособий и льгот, я могу быть подвергнут судебному разбирательству. Я также могу быть обвинен по закону в совершении преступления, если мне будет ошибочно выплачена сумма, превышающая \$400 в виде денежного пособия, талонов на питание и/или пособия штата CMSP. Мною получена копия уведомления об инструкциях и штрафах касающихся поквартального отчета для получающих денежное пособие, талоны на питание и пособие CMSP штата.

ШТРАФЫ ЗА НАРУШЕНИЕ ЗАКОНА ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ: Если вы сознательно нарушаете правила получения денежного пособия, ваше денежное пособие может быть временно сокращено и вы можете быть подвергнуты штрафу до \$10,000 и/или тюремному заключению сроком до 3 лет.

ШТРАФЫ ЗА НАРУШЕНИЕ ЗАКОНА ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ: Если вы сознательно нарушаете правила получения талонов на питание, выдача вам талонов на питание может быть прекращена на 12 месяцев при первом нарушении, на 24 месяца - при втором и навсегда - при третьем. Вы можете быть подвергнуты штрафу до \$250,000 и/или тюремному заключению сроком до 20 лет.

Выдача вам пособия может быть прекращена:

- За дачу ложных сведений или сокрытие фактов: на 6 месяцев при первом нарушении, на 12 месяцев при втором и навсегда - при третьем нарушении.
- За оформление одновременно нескольких заявлений для получения пособия одновременно по двум и более досье: 2 года при первом нарушении, 4 года - при втором и навсегда - при третьем.
- За нарушения законодательства, приведшие к хищению денежных сумм: 2 года за хищения сумм в размере до \$ 2,000; 5 лет - за суммы от \$ 2,000 до \$ 4,999.99; навсегда - за суммы в \$ 5,000 и более.
- Навсегда: за ложные сведения о месте проживания с целью получения пособия сразу в двух и более штатах или округах; за ложные сведения о ребенке, который в действительности не имеет права на получение пособия или же которого вообще не существует; за получение \$ 10,000 и более сумм пособий мошенническим путем; при получении в третий раз обвинения в мошенничестве в суде или при административном слушании дела.

- Если вы будете признаны виновным в суде или при административном слушании дела, потому что:
- Вы обменяли или продали талоны на питание, чтобы приобрести огнестрельное оружие, военную амуницию или взрывчатые вещества, выдача вам талонов на питание может быть прекращена навсегда при первом нарушении.
- Вы продали или обменяли талоны на питание, чтобы приобрести наркотические вещества, выдача вам талонов на питание может быть прекращена на 24 месяца при первом нарушении и навсегда - при втором.
- Вы продали или обменяли талоны на питание на сумму \$ 500 и более, выдача вам талонов на питание может быть прекращена навсегда.
- Вы представили округу ложные сведения о своей личности или месте проживания с целью получения талонов на питание по двум и более досье одновременно, выдача вам талонов на питание может быть прекращена на 10 лет.

ВАШ ОТЧЕТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОДПИСАН И ДАТИРОВАН ЧИСЛОМ МЕСЯЦА, СЛЕДУЮЩЕГО ЗА ОТЧЕТНЫМ МЕСЯЦЕМ, ИНАЧЕ ОТЧЕТ БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ НЕПОЛНЫМ.

Я заявляю под угрозой ответственности за дачу ложных показаний по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, что представленные за весь отчетный месяц факты являются правдой, соответствуют действительности и полностью изложены.

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬ:

Для получающих денежное пособие: Вы, ваш супруг, а также другой родитель (детей, получающих пособие), если он/она проживает вместе с вами.

Для получающих талоны на питание: Глава семьи, совершеннолетний член семьи или же полномочный представитель семьи (household's authorized representative).

Для получающих пособие CMSP: Вы, ваш супруг или же лицо, являющееся представителем получателя пособия.

ПОДПИСЬ ИЛИ ЗНАК, ЕЕ ЗАМЕНЯЮЩИЙ	Дата подписи:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА : ()	КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН ()
ПОДПИСЬ СУПРУГА ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ ДЕТЕЙ/РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОСОБИЕ	Дата подписи:	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ПОСТАВЛЕН ЗНАК ВМЕСТО ПОДПИСИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ФОРМУ	Дата подписи